

**UNIVERSIDAD AMERICANA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



**CORRECCIÓN DE LOS HÁBITOS DE SUCCIÓN DIGITAL Y  
PROYECCIÓN LINGUAL CON EL USO DE LA REJILLA PALATINA  
EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS DE EDAD EN LOS PREESCOLARES DEL  
REPARTO ALTAMIRA, AGOSTO DE 1999 – ENERO DEL 2000.**

**Bra. MARIANELA GUTIÉRREZ CASTILLO**

**Monografía para optar al grado de:  
CIRUJANO DENTISTA**

**Tutor:  
DRA. DOLORES SOMARRIBA DE CUADRA**

**Managua, Nicaragua, Febrero del 2000.**

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

*“El mundo debería ser un lugar hermoso para que el niño viva. Si este se ve en desventaja por alguna deformidad facial que arruina su felicidad, tenemos que hacer todo el esfuerzo posible por devolverle esa felicidad”.*

*Tweed.*

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

## DEDICATORIA

*Este trabajo monográfico esta dedicado a mi amigo incondicional, a mi hermano, a mi fuente de luz, al pilar de mi vida, al ser que me permitió vivir, crecer y madurar, al ser que me enseñó lo bueno y lo malo, lo triste y alegre, al que me dio una familia muy especial, un padre y madre que siempre confían en mí, que me apoyan, que me dan su amor, y lo mejor de ellos día a día; a mis hermanos por tenerme paciencia y enseñarme que siempre estaremos unidos apoyándonos en todo momento.*

*A mis sobrinos por llegar en el momento preciso, por tener siempre una sonrisa que llenan nuestras vidas.*

*A mis grandes amigas SHELLEY y KARLAMARA por darme consejo, por escucharme, por cambiar mis lagrimas en sonrisa, por darme tanto sin pedirme nada a cambio, por ser mis verdaderas amigas.*

*Gracias amigo por aquellas personas que un día estuvieron a mi lado, que formaron parte de mi vida y que ahora ya no están, gracias por rodearme de gente muy especial, gracias por darme la vida.*

*Gracias **DIOS** por estar siempre a mi lado.*

**Marianela Gutiérrez Castillo.**

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

## **AGRADECIMIENTO**

Dra. Dolores Somarriba de Cuadra; no tengo palabras para expresar mi completo agradecimiento. Gracias por todos sus consejos, por confiar en mí, por su apoyo incondicional, por su paciencia, por su fuente inagotable de conocimientos que sin conocerme me brindo su mano amiga; por formar parte de mi vida.

Dra. Lolita; le doy infinitamente gracias a Dios por haberme puesto en su camino, por haber hecho de este sueño una realidad, nuestra monografía!!!!.

Gracias por ser mi amiga, mi confidente y mi consejera en todo momento.

Con mucho cariño

**Marianela Gutiérrez Castillo**

Marianela Gutiérrez Castillo  
Universidad Americana – Facultad de Odontología

## ÍNDICE GENERAL

I.	INTRODUCCIÓN	
II	OBJETIVOS.....	1
III.	MARCO TEÓRICO.....	3
	A. Interposición lingual.....	3
	1. Etiología de la interposición lingual.....	5
	1.1 La succión digital.....	5
	1.2 La alimentación artificial.....	5
	1.3 Problemas respiratorios.....	5
	1.4 La Macroglosia.....	5
	1.5 Los problemas psicológicos.....	5
	1.6 Existencia de una mordida abierta.....	7
	1.7 Pérdida prematura de los dientes temporales.....	6
	1.8 El hábito de interposición lingual.....	6
	2. Patogenia.....	7
	2.1 A nivel maxilar.....	7
	2.2 A nivel mandibular.....	7
	2.3 En relación entre las arcadas.....	8
	2.4 Otras alteraciones.....	8
	B. Succión digital.....	9
	1. Etiología de los hábitos de succión.....	11
	1.1 Culturales o de la civilización.....	11
	1.2 Factores psicológicos.....	12
	1.3 Factores fisiológicos.....	13
	2. Patogenia.....	14
	2.1 A nivel maxilar.....	14
	2.2 A nivel mandibular.....	15
	2.3 En relación entre las arcadas.....	15
	2.4 Otras alteraciones.....	15

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

c.	Medidas terapéuticas de los hábitos de succión digital y proyección lingual.....	18
	1. Posibilidades terapéuticas.....	19
	2. Elaboración de las rejillas palatinas.....	20
IV.	HIPÓTESIS.....	25
V.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	26
VI.	RESULTADOS.....	33
VII.	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	45
VIII.	CONCLUSIONES.....	47
IX.	RECOMENDACIONES.....	49

## ANEXOS

Anexo A: Indice de Tablas

Anexo B: Indice de Cuadros

Anexo C:

C-1: Ficha Clínica para la Evaluación

C-2: Ficha de Encuesta para los padres

C-3: Indice de Fotos

C-4: Indice de Figura

C-5: Instructivo

## BIBLIOGRAFÍA

## INTRODUCCION

Es en el siglo XIX que se comienza a pensar sobre las alteraciones que los hábitos orales provocan en la función masticatoria y en la estética del paciente.

Cabe recordar que los hábitos orales son una reacción formada que se resiste al cambio, de ahí la importancia en la terapéutica de los mismos para prevenir las alteraciones en el sistema oral.

En Nicaragua la presencia de hábitos orales tienen un alto porcentaje y de una manera determinante encontramos que los hábitos de succión digital y proyección lingual ocupan un espacio bastante frecuente. Es debido a ello que considero de mucha importancia que todos los Odontólogos reafirmemos el conocimiento en la terapéutica indicada para prevenir e interceptar ambos hábitos orales, recordando que si no son tratados a tiempo nos ocasionaran alteraciones en la oclusión que es lo más importante para lograr el equilibrio y la armonía en el sistema estomatognático del niño.

En nuestro país se han realizado cuatro trabajos monográficos referentes a los hábitos bucales según registros de las Facultades de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León y la Universidad Americana UAM.

El trabajo monográfico realizado por estudiantes de la Universidad Americana UAM “ **Hábitos orales en niños de 3 a 6 años, en los preescolares de reparto Altamira, Managua II semestre 1998**” en comparación con el presente estudio tiene relación directa ya que se realizaron en los preescolares del Reparto Altamira, el rango de edades evaluadas es el mismo y ambos hábitos están incluidos en la investigación científica.

Los otros tres estudios efectuados en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua- León que aportaron información para la ejecución de esta investigación eran los siguientes:

1. “Hábitos bucales en niños de 0 a 6 años de edad, en los C.D.I. de la Ciudad de León, 1991”.

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

2. “Prevalencia de hábitos bucales deformantes relacionados con la presencia de maloclusiones de acuerdo con la clasificación de Angle, en niños escolares de 6 a 12 años en el municipio de Belén, departamento de Rivas, 1993”.
3. “Prevalencia de la succión del pulgar y grado de severidad en las lesiones presentadas en los niños de 4 a 10 años de edad en la Ciudad de León, 1993”.

El presente estudio ofrece toda la información adecuada y actualizada sobre los hábitos de proyección lingual y succión digital que nos permitirá conocer, prevenir o resolver situaciones que vistas a tiempo, favorecen el equilibrio en todas las partes de la cavidad oral. Además analiza la efectividad del uso de la rejilla palatina como uno de los medio de tratamiento para la corrección de estos hábitos.



“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000 ”.

## **II. OBJETIVOS**

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000 ”.

### **OBJETIVO GENERAL**

Valorar la corrección de hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de tres a seis años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Managua, Abril – Noviembre, 1999.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Corrección de los hábitos contemplados en el estudio, con el uso de la rejilla palatina.
2. Valorar el tiempo requerido en la corrección de los hábitos orales.
3. Definir los éxitos y fracasos obtenidos como resultado de la aplicación de tratamiento.

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

### **III. MARCO TEÓRICO**

**“LA FUNCIÓN CREA AL ÓRGANO Y EL ÓRGANO CREA LA FUNCIÓN”**

**CLAUDE BERNARD**

Todos los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. Ciertas funciones sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares; por ejemplo, la acción normal del labio y la masticación. Los hábitos anormales que pueden interferir con el patrón regular del crecimiento facial, deben diferenciarse de los hábitos normales deseados, que son una parte de la función orofaríngea normal y juegan un papel importante en el crecimiento craneofacial y en la fisiología oclusal. Los hábitos que deben preocuparnos son aquellos que pueden estar implicados en la etiología de la maloclusión. <sup>(19)</sup>

La presencia de un hábito oral en cuyas edades oscilan entre los 3 a 6 años, constituye un dato muy importante que debe ser reflejado en el examen clínico. Estas costumbres ya no se consideran normales en los niños próximos al fin de esta categoría de edades. <sup>(6)</sup>

Se sabe que la función de succión digital es una de las primeras manifestaciones de actividad fisiológica que se desarrolla en el ser humano, ya que corresponde a una necesidad básica como es la alimentación.

El niño recién nacido se alimenta por succión, pero en los períodos interalimentarios también succionan interponiendo entre las encías algún objeto como puede ser el chupete, un dedo que generalmente es el pulgar, el labio inferior o las sábanas.

La interposición o proyección lingual la estudiaremos en su posición de reposo, tamaño y función de la misma, ya que el mal hábito es a veces una adaptación a la posición de los maxilares o de las piezas dentales, es decir una postura adaptativa para lograr un correcto sellado oral en los casos en que haga falta el contacto interincisivo.

Es importante reconocer las repercusiones de los hábitos de succión digital y proyección lingual sobre el desarrollo transversal del maxilar superior, ya que derivan de una posición baja de la lengua y una hiperactividad de los músculos buccinadores.

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

Es de gran importancia para el odontólogo poder formular diagnóstico sobre los cambios en estructuras bucales que parecen resultar de hábitos orales. (9)

Los esfuerzos por desalentar estas costumbres, incluyen desde una conversación sencilla y persuasiva entre el odontólogo y el niño, hasta un tratamiento más complejo que involucre la necesidad de ciertos tipos de aparatos. Debe tenerse en cuenta que el éxito de cualquier tratamiento depende, más que nada, del grado de cooperación de éste y de que esté realmente dispuesto a abandonar el hábito. (9)

### **A. INTERPOSICIÓN LINGUAL.**

La importancia del así llamado empuje lingual ha sido evaluada por diversos autores con respecto a su papel en la etiología de las maloclusiones; según una escuela de pensamiento, el empuje lingual es consecuencia de una relación morfológica anormal, un fenómeno de adaptación. Otros investigadores consideran a la lengua como un factor etiológico primario. (2)

Según nuestra experiencia, la postura y función anormales de la lengua puede ser un factor primario como consecuencia de la persistencia de formas infantiles de deglución u otros hábitos orales anormales, pero que también pueden ser estrictamente secundarios o adaptativos.

Es importante evaluar la función lingual en el diagnóstico diferencial y determinar así que papel desempeña la lengua, lo mismo que la postura, habrá que tomar en cuenta qué tipo de deglución tiene el niño porque los síntomas de persistencia de la deglución visceral incluyen generalmente postura anterior de la lengua y empuje de ésta durante la deglución, contracción de los músculos periorales (músculo mentoniano hiperactivo y contracción del músculo orbicular de los labios), frecuente actividad excesiva del mecanismo buccinador y deglución sin el contacto momentáneo de los dientes que se requieren normalmente, y cuando están presente estos síntomas estamos hablando de **empuje completo de la lengua** que necesita un período largo de contención, no así el **empuje lingual simple** que es más accesible a la intercepción.

La interposición lingual es definida por la colocación de la punta de la lengua anteriormente entre los incisivos durante la deglución, fue muy estudiada en los años cincuentas y sesentas.<sup>(22)</sup>

La deglución con interposición lingual está siempre presente cuando hay mordida abierta. Merece atención dos aspectos referidos a la lengua 1) la posición de reposo y el tamaño y 2) la función. Aunque es difícil establecer el tamaño de la lengua, sus dimensiones pueden generales pueden evaluarse a simple vista. Si cuando la lengua esta protruida al máximo cubre o sobre pasa los dientes inferiores posteriores o si el paciente puede tocar la punta de la nariz, ésta probablemente sea grande. <sup>(9)</sup>

La verdadera macroglosia es raro y cuando desde el punto de vista clínico parece que la lengua es grande, por lo común es el resultado de una posición lingual adelantada. <sup>(9)</sup>

La postura de la lengua depende por lo general de las relaciones anatómicas de la faringe, pero algunas en ocasión está determinada por un frenillo lingual tenso.<sup>(9)</sup>

La posición de la lengua es frecuentemente una adaptación a la posición de los maxilares o los dientes. <sup>(9)</sup>

Los primeros movimientos deglutorios comienzan en la semana número trece del desarrollo embrionario. En el recién nacido y durante la primera época de la vida, la lengua debe ocupar una posición anterior para asegurar una vía respiratoria permeable. El neonato posee una mandíbula retrognática y una macroglosia relativa. Por ello la lengua, en este momento tiene que adaptarse a una cavidad oral reducida. <sup>(18)</sup>

En la segunda mitad del primer año de vida, ocurren varios sucesos de maduración que alteran el funcionamiento en la musculatura orofacial. La erupción de los incisivos conduce a la lengua a una posición más retruida y con la oclusión bilateral de los molares, se inicia el aprendizaje de la deglución madura. <sup>(18)</sup>

En la época de recambio dentario, existe aún una lengua desproporcionadamente grande. Esto parece que ayuda a mantener los dientes temporales con una buena alineación. Cuando los dientes temporales se exfolian y en especial en el sector anterior, comienza una actividad protrusiva de la punta de la lengua. Generalmente ocurre de forma temporal y cesa

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

con la erupción de los dientes permanentes, no considerándose en estos casos un hábito pernicioso. (18)

## **1. ETIOLOGÍA DE LA INTERPOSICIÓN LINGUAL.**

Existe gran diversidad de teorías acerca de las causas que dan lugar a la aparición de la interposición lingual:

**1.1 La succión digital**, apareciendo el hábito de interposición lingual como una actividad muscular de compensación para lograr el sellado anterior durante la deglución. (12)

**1.2 La alimentación artificial** que algunos biberones inadecuados con orificios demasiado grandes, fuerzan al bebé a interponer la lengua para frenar el exceso de flujo de leche. (12)

**1.3 Los problemas respiratorios**, como la existencia de unas amígdalas inflamadas o hipertrofiadas, ocasionan que la raíz de la lengua quede comprimida; para evitarlo, la mandíbula desciende de forma refleja, separando los dientes y proporcionando mayor espacio para adelantar la lengua durante la deglución en una posición más cómoda. En los problemas respiratorios, se produce además, una falta de sellado labial con disminución del tono y de la actividad muscular de los orbiculares. Al faltar el sellado no se produce un freno en el adelantamiento de la lengua. (12)

**1.4 La macroglosia obliga a la lengua**, por su discrepancia con el tamaño de la cavidad bucal, al adoptar una posición más adelantada. (12)

**1.5 Los problemas psicológicos**. La alteración de la deglución puede expresar una inmadurez afectiva con gran habilidad emocional y dificultad de la adaptación. (12)

**1.6 Existencia de una mordida abierta**, si bien no existe acuerdo respecto a si la actividad protrusiva de la lengua es la causa o la consecuencia de la maloclusión.

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

### **1.7 Pérdida prematura de los dientes temporales.**

**1.8 El hábito de interposición lingual**, puede aparecer también a lo largo de un tratamiento ortodóncico ya sea cuando éste requiera crear espacios abiertos de forma temporal o bien porque esté reducido el espacio lingual. Tal interposición puede ser temporal o permanente. <sup>(12)</sup>

Foto # 1: Niña de 3 años con hábito de Proyección Lingual



## **2. PATOGENIA**

El factor patogénico esencial sería la posición habitual lingual anómala que acompaña a la deglución inmadura.

Esta posición anómala se traduciría en una acción de empuje débil pero casi permanente, provocando una posición persistente en las estructuras que se apoya: bien tras los incisivos superiores, interponiéndose entre las arcadas dentarias. (21)

Sin embargo, hay quienes consideran que la morfología mandibular es independiente de la posición lingual, creyendo que solo repercute en la morfología dentoalveolar, pero no en la esquelética propiamente dicha.

La presencia de este hábito puede ocasionar:

### **2.1 A nivel maxilar.**

1. Vestibularización de los incisivos superiores.
2. Prognatismo maxilar, disminución del diámetro transversal del maxilar.
3. Formación de un diastema central, ocasionado por el desequilibrio entre la musculatura intraoral y perioral.
4. Reabsorciones radiculares, que se produce de forma indirecta, debido al aumento del esmalte. (22)

### **2.2 A nivel mandibular.**

1. Lingualización de los incisivos inferiores. Ocurre cuando la lengua se coloca entre las arcadas separadas y entra en contacto con el labio inferior, que es succionado, produciendo así la inclinación de los incisivos.
2. Posterorrotación mandibular y aumento del ángulo goniaco que puede incluso sobrepasar los 140 grados.
3. Disfunción mandibular. (22)

### **2.3 En relación entre las arcadas.**

1. Alteraciones en el plano sagital; se considera que si la lengua se sitúa en posición alta puede causar un prognatismo maxilar y una clase II división primera.

Si la lengua está en posición baja es capaz de desarrollar un prognatismo mandibular y una maloclusión de clase III.

2. En el plano vertical puede dar lugar a una aparición de una mordida abierta. La mordida abierta está muy bien circunscrita en la zona anterior cuando se trata de un empuje lingual simple.

Por el contrario, la mordida abierta asociada a un empuje lingual complejo suele ser más difusa y difícil de definir.

3. En el plano transversal, relaciona el hábito con la mordida cruzada posterior. Existen dos patrones distintos, en uno la lengua puede estar en posición más alta, favoreciendo la presencia de diastemas en el maxilar superior y de un resalte maxilar; mientras en el otro tipo, la lengua se sitúa en una posición más baja, permitiendo el espaciamiento de los dientes inferiores y un resalte mandibular, dando lugar a la presencia de una mordida cruzada posterior. (21)

#### **2.4 Otras alteraciones.**

1. Alteraciones fonéticas: ceceo

2. Detención en la erupción de un diente permanente cuando se ha perdido el temporal precozmente y la lengua se ha interpuesto de forma viciosa. (22)

### **B. SUCCIÓN DIGITAL.**

Es sabido por todos que los niños llevan a cabo succión no nutritiva, comportamientos simples, aprendido y de adaptación, que se considera normal hasta los 5 años de edad. (31)

El hábito de succionar los dedos que presentan los niños, ha sido objeto de varias teorías contradictorias, así como de recomendaciones para su corrección. (16)

La succión del dedo del pulgar en el lactante preocupa a los padres y pediatras porque la causa de este hábito puede ser un problema de alimentación. (16)

La respuesta de succión digital se origina, aproximadamente en la semana decimoprimera del desarrollo embrionario.

El reflejo de succión constituye una respuesta innata, estereotipada, ante un estímulo en la región oral, de forma que cuando algo contacta con las mejillas o labios, los bebés dirigen los movimientos al estímulo, e intenta introducirlo a la boca. Esta temprana organización nerviosa, permita al niño alimentarse de su madre.

Cuando el lactante madura desaparece este reflejo apareciendo en su lugar funciones motoras voluntarias.

La succión prenatal o intrauterina y la succión nutricional son fisiológicas. La primera aparece como un mecanismo de entrenamiento para la succión nutricional del neonato. La segunda aseguraría unas de las funciones vitales del individuo: la nutrición, mediante la succión - deglución de la lactancia.

Por otra parte, tanto la succión primitiva no nutritiva como la tardía o recidiva constituyen los hábitos de succión, pudiendo ser orgánica: digital (sobre todo la del dedo pulgar), lingual, labial, de la eminencia tenar, o de objetos: chupete, ropa, muñecos, etc. (31)

Muchos niños succionan su dedo pulgar u otros dedos durante períodos cortos de tiempo en la lactancia y la fase inicial de la niñez, aunque este hábito se considera normal durante los dos primeros años de vida, muchos niños no lo presentan nunca, algunos lo mantienen hasta la adolescencia y la vida adulta.

Aunque no se produzcan efectos adversos sobre la oclusión, el hábito de succionar el pulgar es inaceptable desde el punto de vista social; se debe desalentar al niño en caso en los que es persistente y cuando es capaz de comprender el por qué debe interrumpirlo. (16)

A menudo la succión del pulgar es la única manifestación de inseguridad o de falta de adaptación.

El niño puede tener miedo a la oscuridad, de la separación de los padres o de los animales e insectos; por lo tanto el hábito de succión del dedo pulgar no es, con frecuencia, un síntoma único y aislado sino más bien uno más de los diversos síntomas que se relacionan con los conflictos y la inestabilidad emocional secundarios a acontecimientos del pasado. (16)

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

El hábito de succión digital depende de la **frecuencia, intensidad, duración y posición** en la cual se coloca el dedo en la boca. <sup>(6)</sup>

**Frecuencia:** Es el número de veces que se realiza el hábito (la succión digital) durante el día.

**Intensidad:** Es la cantidad de fuerza aplicada por la succión digital a los dientes del niño.

**Duración:** Este factor se refiere a la cantidad de tiempo que el niño dedica a la succión de un dedo.

**Posición:** Se refiere a las diferentes posibles formas en las que puede colocarse el dedo dentro de la cavidad oral.

Existen cuatro formas individuales diferentes de succión del pulgar, cada una de ellas representa un patrón variable en la posición del dedo. El tipo y la magnitud de la mordida abierta relacionada con la succión del pulgar varía según la posición de éste. <sup>(9)</sup> (Ver Fig. 1)

Figura 1: Diferentes formas de succión del pulgar.

## **1. ETIOLOGÍA DE LOS HÁBITOS DE SUCCIÓN.**

Los hábitos de succión precoces son el resultado de diversos factores:

**1.1 Culturales o de civilización** como la falta de lactancia al pecho y alimentación artificial.

No se ha observado la persistencia del hábito de succión mientras tiene lugar el amamantamiento materno. En este sentido se encuentra que los niños de Zinbabwe cuyas madres les dan el pecho tan a menudo como los bebés quieren, no suelen chuparse el dedo. <sup>(31)</sup>

Se considera a la lactancia artificial como agente etiológico de succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más breve y requiere un menor esfuerzo físico; al no fatigar al bebé impide su adormecimiento por cansancio y no agota todo su instinto natural de succión; sin embargo hay quienes consideran que el modo de alimentación temprana tiene poco efecto en la prevalencia del hábito. <sup>(31)</sup>

### **1.2 Factores Psicológicos.**

Se considera la succión como manifestación de otras psicopatologías subyacentes, o bien como un trastorno asociados a otras alteraciones del comportamiento. Así algunos niños con succión digital presentan además otros problemas como enuresis, retraimiento, onicofagia o tricotilomanía. <sup>(31)</sup>

La teoría psicoanalítica basada en los escritos de Freud, afirma que el niño pasa distintas fases en su desarrollo mental. Para que éste sea satisfactorio, el hábito de succión tiene que ser satisfecho durante la fase oral. Si persiste en la siguiente fase del desarrollo emocional se produce una "fijación" del hábito.

Por otra parte también puede ocurrir que el niño interrumpa el hábito al final de la fase oral, y posteriormente, como resultado de algún estrés psicológico, lo reanude, denominándose "regresión". <sup>(31)</sup>

En las teorías del aprendizaje neuromuscular, la cual considera que el lactante es alimentado, la respuesta de succión va seguida de estímulos gratificantes, por lo que se ve fortalecida o reforzada y la respuesta de succión será más probable en otras situaciones

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

semejantes como un proceso de generalización, por ejemplo cuando se introduce en la boca un dedo o un chupete.

Así mismo, esta teoría justifica porqué los niños introducen un dedo en la boca para aliviar el dolor producido por la erupción de los primeros dientes. En este caso, el dolor sería la estimulación desagradable. De forma que la reducción o eliminación del dolor constituye un hecho reforzante para el niño. <sup>(31)</sup>

La succión también puede estar mantenida por los padres, que inadvertidamente fortalecen este comportamiento con la atención que prestan al niño cuando le sorprenden con el hábito. <sup>(31)</sup>

### **1.3 Factores Fisiológicos.**

El hábito de succión digital puede ser un mecanismo desarrollado para compensar insuficiencias respiratorias, y no un mero hábito para producir confort.

Se ha observado que en niños que presentan insuficiencia respiratoria o anquiloglosia, mejoran su función cuando succionan. Los de succión tardíos o recidivas son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares. El niño se refugia en la succión para escapar del mundo real que les parece muy duro. <sup>(31)</sup>

Estas teorías no son compatibles unas con otras, más bien debe considerarse el hábito como un patrón de conducta multivariado. Es posible que comience por una razón y se mantenga luego por otros factores. <sup>(31)</sup>

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

Foto #2: Niña de 3 ½ años con hábito de succión digital

## **2. PATOGENIA.**

El efecto es variado e individual dependiendo del caso del hábito, del patrón dentofacial y oclusal inicial, de la duración, frecuencia e intensidad de la succión, de la posición y del dedo introducido en la boca así como de la palanca que éste ejerce.

Parece existir acuerdo en que si se abandona el hábito antes de la erupción de los dientes permanentes, no suelen existir alteraciones en estos últimos. Pero si persiste durante el período de dentición mixta, si se producirá un daño, que además será mantenido por el funcionamiento anormal de la musculatura peribucal. <sup>(4)</sup>

La persistencia de este hábito puede ocasionar alteraciones como:

### **2.1 A nivel maxilar.**

1. Vestibularización de los incisivos superiores y aumento de la longitud de la arcada superior. Depende de la manera en que se coloca el dedo pulgar o el índice dentro de la boca; el niño ejerce presión sobre la superficie palatina de los incisivos superiores y vestibular de los inferiores, obteniendo como resultado un aumento en la sobremordida horizontal.

2. Aumento en la localización anterior de la base apical del maxilar y aumento del ángulo SNA.

3. Rotación del plano oclusal en sentido horario.

4. Disminución del plano transversal.

5. Mayor incidencia de traumatismo sobre incisivos superiores y aumento de la reabsorción radicular en incisivos superiores. <sup>(4)</sup>

### **2.2 A nivel mandibular.**

1. Vestibularización de los incisivos, debido a que la lengua es forzada contra la superficie lingual de los incisivos inferiores. Sin embargo puede producirse una lingualización por la colocación del dedo sobre la mandíbula o por la tendencia de estos niños de tener unos labios inferiores más activos.

2. Aumento de la distancia intermolar. <sup>(4)</sup>

### **2.3 En la relación entre las arcadas.**

1. Mordida abierta anterior. Se define como la falta de contacto entre los incisivos superiores e inferiores cuando los dientes se localizan en la oclusión. Se desarrolla más a menudo como resultado de hábitos orales. Según el tipo y duración de los hábitos habrá una tendencia a la corrección espontánea de la mordida abierta anterior o frontal, en especial si el hábito se rompe antes de la erupción de los incisivos permanentes. <sup>(10)</sup>

2. Mordida cruzada posterior en la dentición temporal en la mayoría de los casos.

3. Aumento de las maloclusiones clase II.

4. Incompetencia labial y aumento de la función del labio inferior bajo el superior.

5. Interposición lingual y aparición de un patrón de deglución atípica. <sup>(4)</sup>



“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

#### **2.4 Otras alteraciones.**

1. En determinados casos, el chupete, además puede dar problemas por mala ubicación, cuando se sitúa el anillo plástico en el interior de la boca, entre el labio y los incisivos inferiores, produciendo trauma en los tejidos gingivales, recesión y pérdida de hueso alveolar.
2. Perfil del tejido blando más convexo.
3. Problemas en el lenguaje: ceceo.
4. Deformación de los dedos y paroniquia.
5. Mayor riesgo de alteraciones gastrointestinales, de infecciones y de envenenamiento artificial.
6. Problemas psicológicos y sociales. <sup>(4)</sup>

Foto # 3: Niño de 4 años con hábito de Succión Digital, presentando mordida abierta anterior

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

Foto # 4: Niño con 5 años de edad con hábito de Succión Digital, observando la presión fuerte del pulgar

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

*“La búsqueda de la verdad y la excelencia en el diagnóstico y el tratamiento se caracteriza por la honestidad con nosotros mismo, con nuestros colegas y sobre todo con nuestros pacientes. Es la sinceridad de propósito y acción junto con la convicción de que el servicio prestado es infinitamente más importante que la recompensa recibida.*

*Esta presupone que el odontólogo limitará su práctica a la cantidad de pacientes que pueda atender correctamente y se comportará de manera tal que haga honor a su profesión”.*

*Charles H. Tweed.*

### **C. MEDIDAS TERAPÉUTICAS DE LOS HáBITOS DE SUCCIÓN DIGITAL Y PROYECCIÓN LINGUAL**

Según Graber (1975); el “Talón de Aquiles” de muchos procedimientos en el tratamiento temprano es la cooperación del niño. Las habilidades de motivar al niño a cooperar es un ingrediente esencial en la terapia dental exitosa, ya sea en dentición primaria o inicio de la dentición mixta.

Muchas veces se tiene el temor de iniciar el tratamiento temprano porque la cooperación, el entusiasmo de los padres y pacientes se pueden agotar antes de haber terminado satisfactoriamente la terapia.

Finalmente en el presente estudio se utilizaron todos los recursos o elementos necesarios para iniciar el tratamiento en el momento adecuado y poder maximizar los beneficios terapéuticos en un periodo corto de tiempo y de esta forma cumplir el plan de tratamiento con un resultado y una duración predecibles.

Existe gran debate acerca de si la actividad de la lengua y el pulgar es o no lo suficientemente poderosa para provocar el desplazamiento de los dientes o si por el contrario, como afirma Gellin, esa actividad es transitoria y acaba por acomodarse cuando los dientes desplazados vuelven a su posición correcta.

Los que piensan lo primero, preconizan la intervención inmediata. Los últimos prefieren esperar y observar por si se produce una corrección espontánea debido al crecimiento de la parte inferior de la cara, dejando más espacio para la lengua, que se acomodará a su nuevo medio.

Por otra parte, Palma; prefiere tratar los hábitos linguales en la época de dentición mixta, primera fase, ya que considera que la persistencia del problema funcional va a agravar las maloclusiones.

Duchateaux propone el tratamiento precoz, desde su aparición, con el fin de asegurar un desarrollo esquelético correcto. (7)

La corrección temprana de estos hábitos impedirá o amortiguará su efecto nocivo sobre la oclusión, por lo que un gran número de maloclusiones podrían ser evitadas. Pero cuando esto no ocurre así, el tratamiento temprano no actuará solamente sobre los factores etiológicos o causales, sino también sobre la misma maloclusión en desarrollo, en cuyo caso, entendemos el tratamiento temprano como una guía activa de los problemas oclusales que se presentan durante la etapa de desarrollo y el recambio dentario, tratando de controlar la dirección del crecimiento aberrante en determinados casos y los problemas de disarmonías oclusales en los tres planos del espacio. (3)

## **1. POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS**

- a. Ejercicios miofuncionales. Aprendizaje de la deglución somática o adulta.
- b. Ejercicios de los músculos de los labios y del suelo de la boca, enseña a deglutir correctamente. (25)
- c. Aparatología miofuncional:
  - c.1 El bionator
  - c.2 El activador de Andresen
  - c.3 Activador abierto elástico
  - c.4 Regulador de función Frankel tipo IV
  - c.5 Pantalla vestibular y entre los aparatos restrictivos encontramos la rejilla palatina que la utilizaremos en la presente investigación.
- d. Arco palatino con bucles anteriores

La Rejilla o trampa palatina se usa para impedir la colocación del dedo causal, y la satisfacción derivada de la succión del mismo, se prefiere este dispositivo cuando no hay mordida cruzada posterior.

Podrán presentarse algunos trastornos temporales en los patrones de alimentación, fonación y sueño durante los primeros días de sus usos, esta rejilla puede ser fija o removible, junto con la variante rejilla palatina fija. Pretenden atenuar o interrumpir el aspecto sensorial del mal hábito. (25)

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

## **2. ELABORACIÓN DE LA REJILLA PALATINA**

1. Adaptación de bandas metálicas en primeros molares superiores temporarios.
2. Toma de impresiones para la elaboración de los modelos de estudio.
3. Se separan las bandas previamente colocadas en los primeros molares deciduos y se colocan en las impresiones tomadas con alginato.
4. Se hace el vaciado de la impresión con yeso de ortodóncia.
5. Preparación y doblaje del alambre número 0.32 mm ó 0.36mm para elaborar la rejilla palatina.
6. Soldar la rejilla a la cara palatina de las bandas previamente colocados en los modelos de estudios.
7. Pulido final.
8. Cementación del aparato en la cavidad oral del niño con ionómero de vidrio.
9. Control del aparato en la cavidad oral.

Foto # 5: Rejilla Palatina Fija usada en los niños de 3 a 6 años de edad

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

Foto # 6: Variante de Rejilla Palatina Fija.

Foto # 7: Rejilla Palatina Removible usada en los niños de 3 a 6 años de edad

Marianela Gutiérrez Castillo  
Universidad Americana – Facultad de Odontología

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

#### **IV. HIPÓTESIS**



“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

”Será efectiva la corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina”

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

## **V. DISEÑO METODOLÓGICO**

## **A. TIPO DE ESTUDIO**

El presente estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal, se realizaron exámenes intraorales y llenados de fichas clínicas tanto por los padres como por el autor.

El estudio se realizó en el período de Agosto-1999 a Enero-2000.

## **B. UNIVERSO Y MUESTRAS**

Todos los niños de 3 a 6 años de edad que asistieron a las escuelas de educación preescolar en el Reparto Altamira de la Ciudad de Managua.

Se examinaron 173 niños de los cuales 70 no presentaron ningún hábito oral comprendido dentro del estudio; 103 niños con hábitos de succión digital y proyección lingual 28 pertenecen al sexo femenino y 75 al masculino.

La muestra del estudio fue igual al 40% de los niños que presentaron hábitos de succión digital y proyección lingual lo cual representa una muestra de 40 niños.

### **1. Criterio de inclusión.**

Fueron incluidos dentro del estudio todos aquellos niños de 3 a 6 años de edad que presentaron hábitos de succión digital y proyección lingual que asistieron a los preescolares del Reparto Altamira de la Ciudad de Managua, cuando se realizaron los exámenes intraorales y los padres de familia llenaron las fichas clínicas y la autorización del tratamiento.

### **2. Criterios de exclusión.**

Fueron excluidos del estudio todos aquellos niños que no presentaban hábitos de succión digital y proyección lingual y cuyas edades eran menores de 3 años y mayores de 6 años de edad, y que no asistieron a los preescolares del Reparto Altamira de la Ciudad de Managua, cuando se realizaron los exámenes clínicos, los padres no llenaron las fichas clínicas y no autorizaron el tratamiento.

### **C. PROCEDIMIENTOS**

Primeramente se visitaron las escuelas de educación preescolar del Reparto de Altamira; para solicitar la autorización y colaboración a los directores y maestros de los centros educativos para realizar el trabajo monográfico, a ellos se les explicó en que consistía el estudio y los beneficios de este.

Una vez aprobada la petición se procedió a entregar fichas clínicas a los padres de familia para que estos las llenaran y autorizaran el tratamiento; luego se examinaron los niños y se clasificaron según el hábito.

Se examinaron 173 niños de los cuales 103 presentaron hábitos de succión digital y proyección lingual; 28 niños pertenecían al sexo femenino y 75 al masculino; 70 de los niños examinados no presentaron hábitos y si los había éstos no eran los contemplados dentro del estudio.

De los 103 niños con hábitos de succión digital y proyección lingual se tomó una muestra de 40 niños; de los cuales 18 pertenecían al sexo femenino y 22 al masculino.

Se hicieron 2 grupos de 20 niños cada uno; al primer grupo se le colocaron las rejillas palatinas en el mes de Agosto y el segundo grupo en el mes de Septiembre por un período de 3 meses cada uno.

Los niños eran examinados mensualmente en una clínica privada que presentaba todas las condiciones apropiadas para el desarrollo de este trabajo monográfico.

Las observaciones como resultado de la evaluación mensualmente realizadas a cada uno de los niños eran anotadas en las fichas clínicas cuidadosamente elaborada por el operador.

Cumplido el período de 3 meses se retiraron los aparatos y se dejaron a los niños en observación por un período de un mes para asegurarnos si hay o no recaída.

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

Para realizar los exámenes intraorales y la elaboración de las rejillas palatinas se utilizaron los equipos siguientes:

- 15 equipos básicos (explorador, pinzas y espejo).
- Jabón antibacterial.
- Solución desinfectante.
- 10 cajas de guantes desechables.
- Lapiceros y lápiz de grafito.
- Fichas clínicas utilizadas por el operador.
- Fichas para los padres de familia.
- Alginato de fraguado rápido.
- Yeso de Ortodóncia.
- Cubetas infantiles superiores e inferiores.
- Alambre de ortodóncia 0.032 ó 0.036mm.
- Bandas para molares superiores.
- Cemento Ionómero de Vidrio.
- 3 cajas de mascarillas.
- Soldadura de plata, Dentaaurum.
- Soplete Blaz.
- Pinzas No. 139 Dentaaurum

Para elaborar la rejilla palatina se procedió de la siguiente manera:

1. Colocación de las bandas en los primeros o segundos molares primarios.
2. Preparación de los modelos de trabajo. Después de obtener las impresiones, estas se vacían con yeso de ortodoncia y con una base suficiente para permitir el recorte correcto de dichos modelos, teniendo cuidado que el paso de bandas a la impresión sea en la posición correcta, evitando así alteraciones en la posición futura de la rejilla palatina.
3. Doblado del alambre con la pinza No. 139 Dentaaurum, formando las ansas anteriores, teniendo cuidado en su relación con el modelo inferior, que no toque las piezas inferiores ya que cuando el hueso alveolar superior tome su posición normal podría interferir y molestar al niño.
4. Soldar por palatino a las bandas, con la soldadura de plata (Dentaaurum).
5. Pulir y cementar con Ionómero de vidrio.
6. Citar al niño a las dos semanas.

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

## **D. UNIDAD DE ANÁLISIS O SUJETO DE INVESTIGACIÓN**

Todos los niños de 3 a 6 años de edad que presenten hábitos de succión digital y proyección lingual que asistan a los preescolares del Reparto de Altamira de la ciudad de Managua.

## **E. FUENTE DE INFORMACIÓN**

### **1. Primaria.**

Para seleccionar los niños con hábitos de succión digital e interposición lingual se utilizaron fichas clínicas para hacer llenadas por los padres o tutores de los niños elaboradas previamente por el operador.

Además se realizaron exámenes intraorales y llenados de fichas clínicas realizados por el operador.

### **2. Secundaria.**

Para complementar de manera científica la información presentada en este trabajo monográfico se hizo uso de:

Revistas odontológicas

Internet

Literaturas

Bibliografías reciente de los últimos 5 años

## **F. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Los datos y la información recolectada fueron procesados por medio de una calculadora electrónica y una computadora Pentium 686, programa Word Office 97; se registraron en tablas de salida donde se entremezclaron las variables predeterminadas según los objetivos establecidos.

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

## G. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Para el desarrollar el objetivo # 1: Corrección de los hábitos contemplados en el estudio, con el uso de la rejilla palatina.

A. Variables: Hábitos, Sexo y Edad.

B. Tipos de Rejilla Palatina: Tratamiento intraoral que se utilizó en el presente estudio para atenuar o interrumpir el Feed – Back sensorial.

a. Rejilla palatina Fija.

b. Rejilla palatina Removible.

Variable	Escala de Medición	Instrumento
Hábitos	Succión Digital Proyección Lingual	Fichas Clínicas
Sexo	Femenino Masculino	Fichas Clínicas
Edad	3 a 6 años	Fichas Clínicas

Para desarrollar el objetivo # 2: Valorar el tiempo requerido en la corrección de los hábitos orales.

A. Variable: Tiempo: Cantidad necesaria de meses para lograr el objetivo de la investigación.

a. De 2 a 3 meses

Variable	Escala de Medición	Instrumento
Tiempo	2 a 3 Meses	Fichas Clínicas

Para desarrollar el objetivo # 3: Definir los éxitos y fracasos obtenidos como resultado de la aplicación tratamiento

A. Variable: Uso de la rejilla palatina.

Variable	Escala de Medición	Instrumento
Tratamiento: Uso de la Rejilla Palatina	Éxitos Fracasos	Fichas Clínicas

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

## **H. PLAN DE ANÁLISIS**

Para elaborar el plan de análisis, se entrecruzan las siguientes variables:

- a. Tipo de hábito oral con sexo.
- b. Tipo de hábito oral con edad.
- c. Tratamiento por tiempo.



“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

## **VI. RESULTADOS**

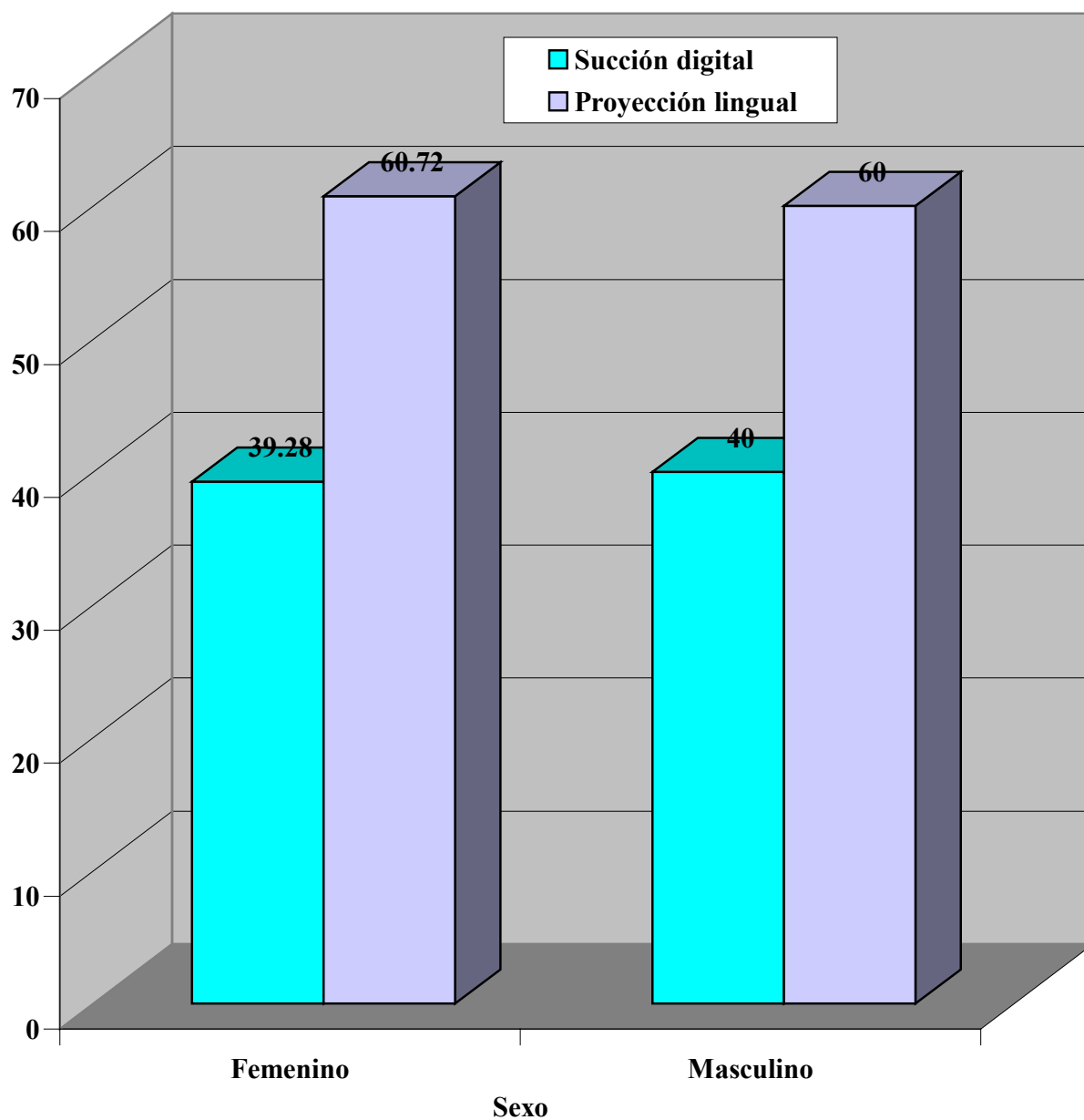
“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

**Tabla No. 1. Hábitos Presentes en la cavidad oral de acuerdo al sexo**

Tipos de Hábitos	Sexo Femenino		Sexo Masculino	
	No. de niñas	%	No. de niños	%
Succión Digital	11	39.28	30	40
Proyección Lingual	17	60.72	45	60
Total	28	100	75	100

El total de niños examinado fue de 103, de los cuales 28 (27%) pertenecían al sexo femenino y 75 (73%) al masculino. Del sexo femenino fueron encontrados 11 niñas con succión digital y 17 niñas con proyección lingual. Del sexo masculino se observaron 30 niños con succión digital y 45 niños con proyección lingual.

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.



**Cuadro No.1 Hábitos presentes en la cavidad oral de acuerdo al sexo.**

**Fuente: Tabla No. 1.**

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

**Tabla No. 2. Hábito con edad**

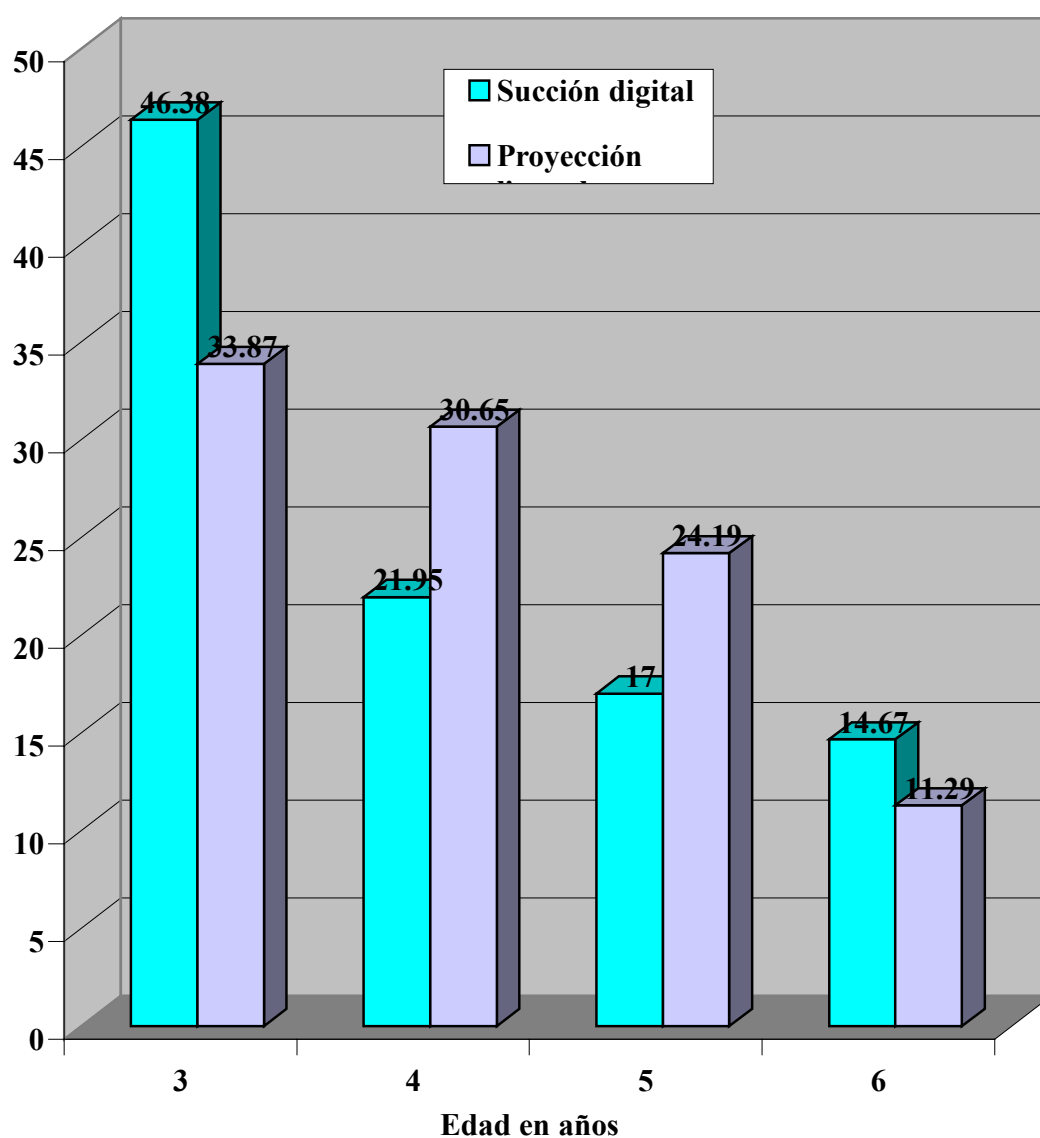
<b>Edad (años)</b>	<b>Succión Digital</b>		<b>Proyección Lingual</b>	
	<b>No. de niños</b>	<b>%</b>	<b>No. de niños</b>	<b>%</b>
<b>3</b>	19	46.34	21	33.87
<b>4</b>	9	21.95	19	30.65
<b>5</b>	7	17	15	24.19
<b>6</b>	6	14.63	7	11.29
<b>Total</b>	41	100	62	100

El total de niños evaluados fue de 103 de los cuales 41 presentaron hábitos de succión digital y 62 con hábito de proyección lingual.

Con hábito de succión digital en edades de 3 años habían 19 niños, de 4 años 9 niños, de 5 años 7 niños, y de 6 años 6 niños.

Con hábito de proyección lingual en edades de 3 años habían 21 niños, de 4 años 19 niños, de 5 años 15 niños, y de 6 años 7 niños.

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.



**Cuadro No. 2. Hábito con edad.**

**Fuente: Tabla No. 2.**

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

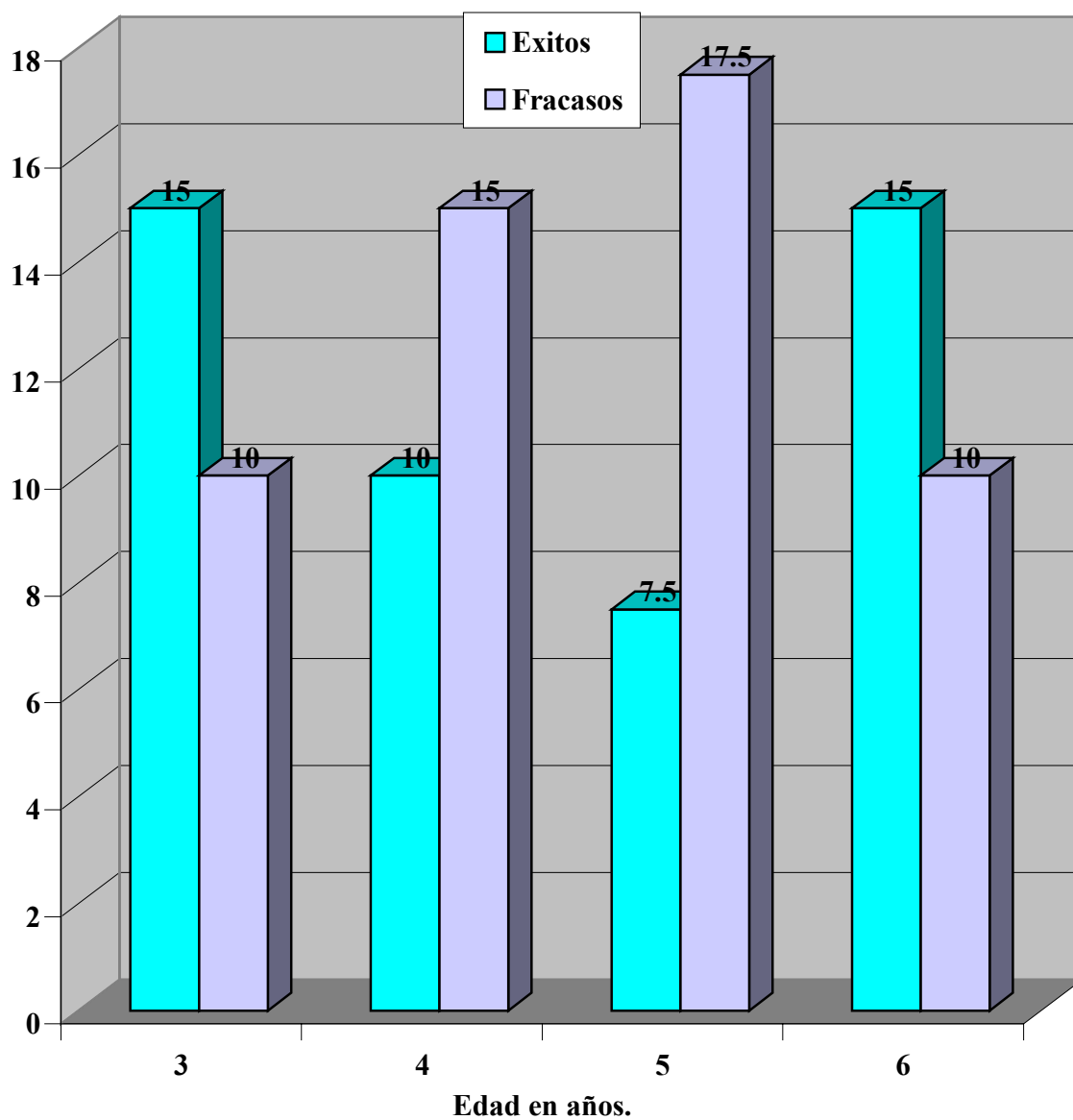
**Tabla No. 3. Éxitos y Fracaso del tratamiento de acuerdo a la edad**

<b>Edad (años)</b>	<b>Éxitos</b>		<b>Fracasos</b>	
	<b>No. de niños</b>	<b>%</b>	<b>No. de niños</b>	<b>%</b>
<b>3</b>	6	15	4	10
<b>4</b>	4	10	6	15
<b>5</b>	3	7.5	7	17.5
<b>6</b>	6	15	4	10
<b>Total</b>	19	47.5	21	52.5

Este cuadro representa un total de 40 niños de los cuales se escogieron 10 niños por cada edad (3, 4, 5, y 6 años) de 10 niños en edades de 3 años 6 tuvieron éxito y 4 fracaso del tratamiento, de 4 años 4 con éxito y 6 con fracaso, de 5 años 3 con éxito y 7 con fracaso, de 6 años 6 con éxito y 4 con fracaso del tratamiento.

Los parámetros para determinar los éxitos y los fracasos del tratamiento fueron el apoyo de los padres, el tiempo del aparato en boca y la madurez del niño.

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.



**Cuadro No. 3. Éxitos y Fracasos del tratamiento de acuerdo a la edad.**

**Fuente: Tabla No. 3.**

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

**Tabla No. 4. Éxito y Fracaso del tratamiento de acuerdo al sexo**

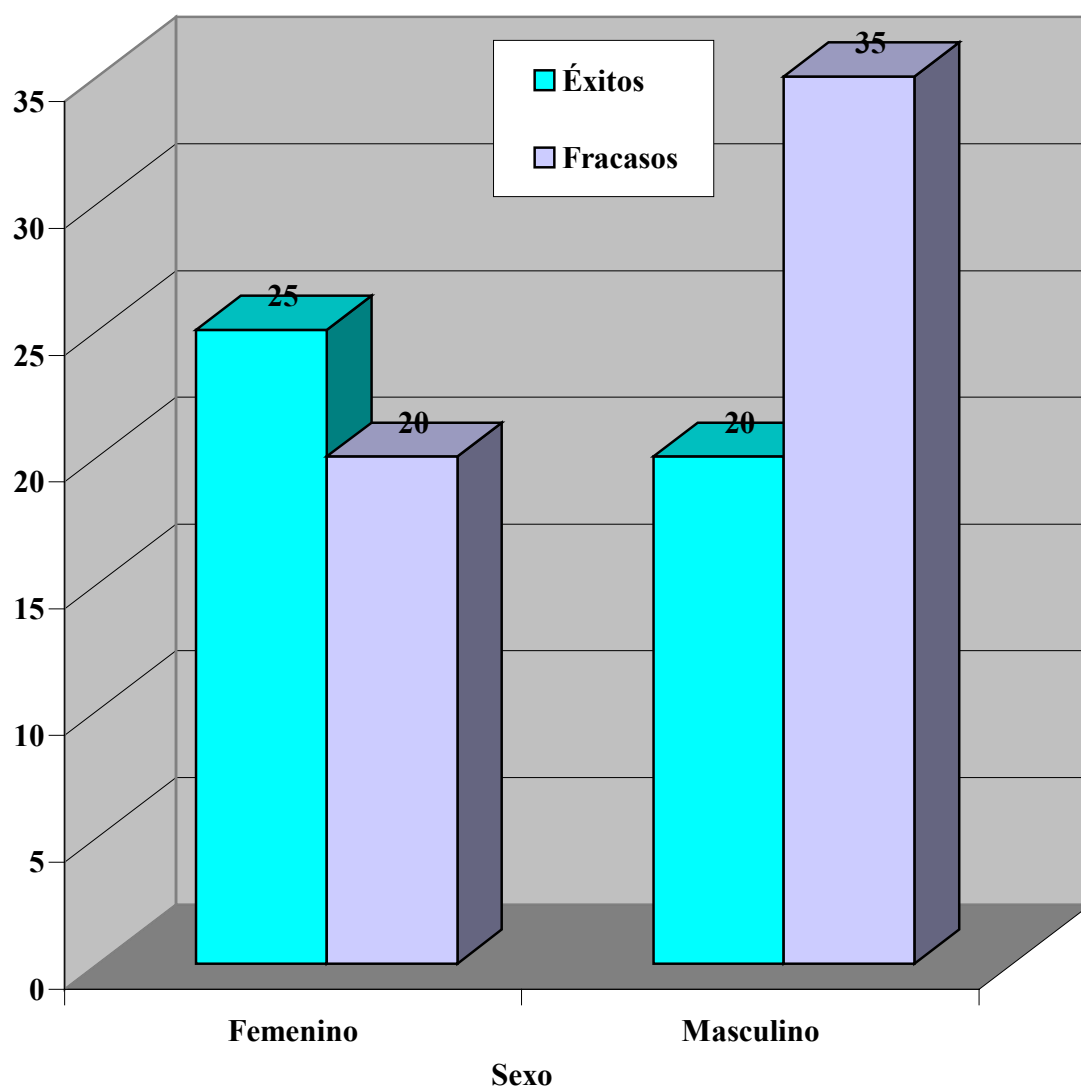
Sexo	Éxitos		Fracasos	
	No. de niños	%	No. de niños	%
Femenino	10	25	8	20
Masculino	8	20	14	35
Total	18	45	22	55

Del total de 40 niños 18 (45 %) pertenecen al sexo femenino en donde se observo un éxito de 10 niños (25%) y un fracaso de 8 niños (20%); en el sexo masculino se observaron 22 niños (55%) en los que se obtuvo un éxito de 8 (20%) y un fracaso de 14 niños (35%).

Los parámetros para determinar los éxitos y los fracasos del tratamiento fueron el apoyo de los padres, el tiempo del aparato en boca y la madurez del niño.



“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.



**Cuadro No. 4. Éxitos y Fracasos del tratamiento de acuerdo al sexo.**

**Fuente: Tabla No. 4.**

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

## **VII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

Según los resultados del estudio **“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Abril – Noviembre 1999”** podemos decir que:

En la evaluación de los exámenes clínicos se examinaron un total de 173 niños de los cuales 103 presentaron hábitos de succión digital y proyección lingual; 70 de los niños no presentaron los hábitos contemplados en el estudio.

Se examinaron 103 niños de los cuales 28 pertenecían al sexo femenino y 75 al masculino. Según los resultados del examen físico y las evaluaciones de las fichas clínicas obtuvimos resultados de 41 niños con hábito de succión digital y 62 niños con proyección lingual.

Observamos un porcentaje elevado del hábito de succión digital en niños de 3 a 5 años y en niños de 6 años ese porcentaje fue bajo, en cambio con hábito de proyección lingual se observó que pese a la edad siempre se mantuvo un porcentaje alto en niños de 3 a 6 años.

Para determinar los éxitos y fracasos obtenidos en la presente investigación tomamos como parámetros el apoyo recibido de los padres tanto para el niño como para el operador, el tiempo que fue un período de tres meses para eliminar el hábito y que el infante no sufriera recaída y por último la madurez del niño la cual fue indispensable para la colaboración y adaptación de la rejilla palatina.

De manera general podemos decir que pese a todos los inconvenientes, obtuvimos un éxito del 45 % y un fracaso del 55%. Este fracaso lo atribuimos a que muchos padres de familia no continuaron el tratamiento cuando el aparato de los niños era desprendido o fracturado ya sea por la ingesta de alimentos no adecuados o algunos padres (2 casos) pidieron que se les retirara el aparato al niño.

Según los resultados obtenidos en el sexo femenino se obtuvo un éxito del 25% y un fracaso del 20%; en el masculino un éxito del 20% y un fracaso del 35%.

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

Como información adicional fue notable que la mayoría de los padres de familia llenaron las fichas clínicas correctamente, podían identificar los hábitos orales y se mostraron muy interesados en el tratamiento.

La participación tanto de los padres como de los maestros y los directores de las escuelas de educación preescolar fue activa, mostrando disposición, tiempo e interés.

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

## **VIII. CONCLUSIONES**

El tema de la proyección lingual y su importancia en el diagnóstico y tratamiento de las maloclusiones, continua siendo una vasta fuente de recursos para la controversia profesional.

1. De los 173 niños examinados, 103 presentaron hábitos de succión digital y proyección lingual y solamente 70 de ellos no presentaron hábitos que se incluyen en el estudio.

2. Con los hábitos de succión digital y proyección lingual 28 pertenecían al sexo femenino y 75 al masculino.

3. De los 103 niños que representaron nuestro universo se seleccionó una muestra de 40 niños; de los cuales 18 pertenecían al sexo femenino y 22 al sexo masculino.

4. Con el uso de la rejilla palatina como medio terapéutico en los 40 niños examinados, fue notorio que las niñas se adaptaron con mayor facilidad al uso de aparato en comparación con los niños en donde se obtuvo un resultado del 25% de éxito y en los niños fue del 20%.

5. El tiempo necesario para lograr el éxito deseado fue de 3 meses y fue determinado fundamentalmente por el apoyo de los padres y la madurez del niño; jugando el odontólogo un papel secundario al advertir y educar a los padres sobre los posibles efectos dentales y los métodos para corregir el hábito.

6. En cuanto al apoyo de los padres es importante señalar que a menudo se crean en ellos una gran ansiedad, en lo relativo al hábito ya sus efectos, que se traduce en regaños o castigos que producen una tensión todavía mayor e intensifican el hábito. A través de las charlas impartidas se logró modificar este proceder, lo que conllevó a un mayor éxito en el tratamiento.

7. Considero que además del uso del aparato es necesario el apoyo de ejercicios miofuncionales que nos permitan el readiestramiento muscular para evitar recaídas que nos conducirían a una presión muscular desequilibrada.

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

8. Una posible recaída tendría como resultado posiciones de las piezas anteriores indeseables. Tenemos que recordar que el equilibrio muscular, y la retención por medio de fuerzas naturales, obviamente, es lo preferido; es por ello que les enseñamos a todos los niños tratados en la presente investigación y a los padres la forma que les ayudarían para que los logros fuesen definitivos.

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000”.

## **IX. RECOMENDACIONES**



Según datos encontrados en estudios realizados anteriormente podemos con certeza aseverar que el porcentaje de hábitos orales en niños en edades de preescolar (3 – 6 años) es muy elevado y existe poco conocimiento de los padres de familia acerca de la prevención o eliminación del hábito con tratamientos muy fáciles de utilizar y de un período corto.

Es por ello que es de vital importancia en que tanto los odontólogos como instituciones competentes brinden mayor información a la población sobre salud oral y prevención.

Concientizar que la prevención es la forma más eficiente de enfrentar los problemas de salud publica, pero muchos odontólogos de la vieja escuela (jóvenes y viejos) sienten instintivamente el temor de que las actividades de prevención pueden amenazar su modo de ganarse la vida. Vale la pena reflexionar sobre ese temor que ya es infundado y apoyar todos los programas de prevención dentro de las instituciones.

La prevención enseñada en los niños pequeños es todavía más favorable porque prepara ciudadanos con conciencia de salud bucal que más adelante se harán atender por un odontólogo.

Entendemos entonces la gran importancia que los odontólogos como instituciones competentes brinden una información precisa a la población sobre prevención y dentro de esta información que los hábitos orales ocupen un lugar determinante, ya que su terapia nos permite contribuir a la salud oral del niño.

Con la realización de esta monografía **“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Abril – Noviembre 1999”** deseo expresar lo siguiente:

1. A los padres de familia:
  - a. Enseñar la importancia de la prevención oral a sus hijos.
  - b. Llevar periódicamente al niño al odontólogo.
  - c. Atención a sus hijos para reconocer presencia de hábitos orales.
  - d. En caso de hábitos orales visitar al odontopediatra.

2. Al Ministerio de Educación:

- a. Brindar talleres de capacitación a los maestros con el objetivo de enseñar al niño buenos hábitos de higiene oral.
- b. Enseñar a los maestros a identificar alteraciones en la cavidad oral y la fonación que son importantes en la personalidad del niño para orientar a los padres o tutores.

3. Al Ministerio de Salud:

- a. Organizar campañas que incluyan charlas de salud oral y prevención que finalmente nos ayudaran a conservar la salud bucal.
- b. Organizar talleres de capacitación de salud oral en coordinación con el Ministerio de Educación (med) para personas que trabajan con niños.
- c. Quisiera que en Nicaragua todos los niños tuviesen la oportunidad de una salud oral adecuada; entonces estaríamos hablando de niveles de prevención en salud oral, y que todos los que estemos involucrados en ella no olvidemos la palabra clave: **PREVENCIÓN**, educando a nuestros pacientes. Hoy en día es cuando la gente se preocupa más por prevenir una enfermedad que por remediarla, es el momento de no sólo solucionar el problema actual sino reintegrar y mantener el equilibrio del cuerpo humano a través de un bien intangible en el presente, pero invaluable en el futuro.

Sería muy interesante en una próxima investigación plantearse si la mordida abierta ¿es causa o resultado de la proyección lingual?

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1) Baer Dn. The thumb, the pacifier, the erupting tooth and a beautiful smile J. Pedodont. 1998. 11:113 - 9
- 2) Ballard, C.F. “The clinical significance of innate and adaptative postures and motor behaviour”. Dent. Practit. 1962.
- 3) Barbería Leache, Elena. “Odontopediatría”. Primera Edición. Editorial Masson. España. 1995.
- 4) Brusola Canut, José Antonio. “Ortodoncia clínica”. Cuarta Edición. Editorial Masson. España. 1998.
- 5) Cameron C Agus. Widmet P. Richard “Handbook of pediatric Dentistry. ED. Mosby – London. Philadelphia St. Lours Sidney. Tokyo.
- 6) Canales Barquero Karlamara, Orozco Jose Benito, Mayrena Morales Maria Felix “Habitos Orales en niños de 3 a 6 años en los preescolares del Reparto Altamira, Managua, II Semestre 1998”.
- 7) Duchateaux C. Respirer ou deglutir, les aleas d’une hannonisation fonterionnelle ortod. Fr 1998; 63 pt 2p; 491 – 502.
- 8) Foster, T.D. “A textbook of ortodontics”. Primera Edición. Editorial Blacwell. Oxford. 1975.
- 9) Graber, Thomas M. Vanarsdall, Robert L. “Ortodoncia, principios generales y técnicas”. Segunda Edición. Editorial médica Panamericana. Argentina. 1997.
- 10) Koch/ Modeér/ Poulsen/ Rasmussen. “Odontopediatría, enfoque clínico”. Primera Edición. Editorial médica Panamericana. Argentina. 1994.
- 11) Kohler, L. “Malocclusion and sucking habits of four year old children”. Acta Paediatr Scand. 1973.
- 12) Larsson E. “Effect of dummy - sucking on the prevalence of posterior crossbite in the permanent dentition”. Swed Dent. 1986.
- 13) Larsson, E. “The prevalence and etiology of prolonged dummy - and finger - sucking habits. Eur J orthod. 1985.
- 14) Lewis, S.J. “Thumb - sucking: A cause of malocclusion in the deciduos teeth”. J am Dent Assoc.1930.
- 15) Lozano Mairena, Centeno Leana, León Chavez Ruth. “Estudios de los hábitos bucales en niños de 0 a 6 años de edad en los CDI en la ciudad de León”. Monografía UNAN – León Nicaragua, 1991.

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

- 16) McDonald, Ralph E. Avery, David R. “Odontología pediátrica y del adolescente”. Sexta Edición. Editorial Mosby/Doyma libros, S.A. España. 1996.
- 17) Mendoza Medal Valentina, Noguera Guevara Francisco, Sidiles Herrera Gloria, Reyes Teofilo José “Prevalencia de succión del pulgar y grado de severidad en las alteraciones bucales en los niños de 4 a 10 años” Monografía UNAN León – Nicaragua, 1993.
- 18) Mohalski, P. “The incidence of attachment objects and oral habits at bedtime in two longitudinal samples of children ages”. 1983.
- 19) Moyers, R.E. “Handbook of Orthodontics”. Yearbook medical publishers. United States of America. 1998.
- 20) Peterson Je, Schneider Pe. Oral habits. A behavioral approach. Pediatr. Clin North American 1997; 38 (5); 1289 – 307.
- 21) Preliasco Odontopediatría clínica, 1er edición, Argentina editorial ISBN 1998.
- 22) Proffit, William R. “Contemporary orthodontics”. Editorial Mosby. United States of America. 1986.
- 23) Proffit, William R. “Ortodoncia, teoría y práctica”. Segunda Edición. Editorial Morby/Doyma libros S.A. España. 1996.
- 24) Quirós, Oscar, J. “Manual de ortopedia funcional de los maxilares y ortodoncia interceptiva”. Primera Edición. Actualidades médico odontológicas latinoamérica C.A. Colombia. 1993.
- 25) Rakósi, Thomas. Irmtrud, Jonas. “Atlas de ortopedia maxilar: diagnóstico”. Primera Edición. Editorial Masson - Salvat. España. 1992.
- 26) Rivera Gustavo, Guzman Marcia, Castillo Miriam “Prevalencia de hábitos bucales relacionados con la presencia de Maloclusiones de acuerdo a la clasificación de angles en niños escolares de 6 a 12 años en el municipio de Belen, departamento de Rivas” Monografía, UNAN, León – Nicaragua 1993.
- 27) Shoaf, H.K. “Prevalence and duration of thumbsucking in bottlefed children”. 1979.
- 28) Stillman, J.H. “Dimensional changes of dimensional arches”. American Journal of Orthodontics”. 1964.
- 29) Stuart, Josell. Abrams, Ronald G. “Clínicas pediátricas de Norteamérica”. Volumen 5. Primera Edición. Editorial Interamericana. México. 1992.
- 30) Vig, P.S. “New vistas in orthodontics”. United States of America. 1985.

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

- 31) Villavicencio, José A. Fernández, Miguel A. Magaña Ahedo, Luis. “Ortopedia dentofacial, una visión multidisciplinaria”. Tomo I. Primera Edición. Actualidades médico odontológicas Latinoamérica C.A. Venezuela. 1996.
- 32) Winter, G.B. “Role of the comforter an a etiologic factor in rampant caries of the deciduos dentition”. 1966.

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

## **ANEXOS**

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

## **ANEXO A: Indice de Tablas**

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

### INDICE DE TABLAS

<b>Tabla No. 1.</b> Hábitos presentes en la cavidad oral con relación al sexo en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000. ....	33
<b>Tabla No. 2.</b> Hábitos presentes en la cavidad oral con relación a la edad en los preescolares del reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000.....	35
<b>Tabla No. 3.</b> Cantidad de niños con hábitos de succión digital y Proyección lingual con relación a la muestra en edades de 3 a 6 años en los preescolares del reparto Altamira, Agosto de 1999- enero del 2000.....	37
<b>Tabla No. 4.</b> Exitos y Fracazos del tratamiento con relación a los hábitos de succión digital y proyección lingual en los niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares de reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000.....	39
<b>Tabla No. 5.</b> Exitos y fracasos del tratamiento con relación a la edad en niños de 3 a 6 años en los preescolares del reparto Altamira, Agosto de 1999 – Enero del 2000.....	41
<b>Tabla No. 6.</b> Exitos y fracasos del tratamiento con relación al sexo en niños de 3 a 6 años en los preescolares del reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000.....	43



“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

## **ANEXO B: Índice de Cuadros**

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

## **INDICE DE CUADROS**

<b>Cuadro No.1.</b> Hábitos presentes en la cavidad oral con relación al sexo en niños de 3 a 6 años en los preescolares del reparto Altamira, Agosto de 1999 Enero del 2000.....	34
<b>Cuadro No.2.</b> Hábitos con relación a la edad en niños de 3 a 6 años en los preescolares del reparto Altamira, Agosto de 1999-Enero del 2000.....	36
<b>Cuadro No.3.</b> Cantidad de niños con hábitos de succión digital y proyección lingual con relación a la muestra en niños de 3 a 6 años en los preescolares del reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000.....	38
<b>Cuadro No.4.</b> Exitos y Fracazos del tratamiento con relación a los hábitos de succión digital y proyección lingual en niños de 3 a 6 años en los preescolares del reparto Altamira ,Agosto de 1999- Enero del 2000.....	40
<b>Cuadro No.5.</b> Exitos y fracasos del tratamiento con relación a la edad en niños De 3 a6 años en los preescolares del reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000.....	42
<b>Cuadro No.6.</b> Exitos y fracasos del tratamiento con relación al sexo en niños de 3 a 6 años en los preescolares del reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000.....	44

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

#### **ANEXO C:**

- C-1    Ficha Clínica para la evaluación.**
- C-2    Ficha de encuesta para los padres.**
- C-3    Índice de Fotos.**
- C-4    Índice de figura.**
- C-5    Instructivo.**

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

### **ANEXO C-3**

### **INDICE DE FOTOS**

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

### INDICE DE FOTOS

<b>Foto # 1:</b>	Niña de 3 años con Hábito de Proyección Lingual.....	6
<b>Foto # 2:</b>	Niña de 3 ½ años con Hábito de Succión Digital.....	13
<b>Foto # 3:</b>	Niño de 4 años con Hábito de Succión Digital presentando mordida abierta anterior.....	16
<b>Foto # 4:</b>	Niño de 5 años con Hábito de Succión Digital se observa la presión fuerte del pulgar.....	17
<b>Foto # 5:</b>	Modelo de estudio de niño con hábito de succión digital..... Se utilizó rejilla palatina con bandas.	21
<b>Foto # 6:</b>	Rejilla palatina fija con bandas en los niños de 3 a 6 años .....	21
<b>Foto # 7.:</b>	Modelos de estudio de un niño con hábito de succión digital.....	23
<b>Foto # 8:</b>	Rejilla palatina fija con corona usada en los niños de 3 a 6 años .....	23
<b>Foto # 9:</b>	Rejilla palatina removible usada en los niños de 3 a 6 años.....	24

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

**ANEXO C-1**  
**FICHA CLÍNICA PARA LA EVALUACIÓN**

Marianela Gutiérrez Castillo  
Universidad Americana – Facultad de Odontología

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

**ANEXO C-2**  
**FICHA DE ENCUESTA PARA LOS PADRES**

Marianela Gutiérrez Castillo  
Universidad Americana – Facultad de Odontología

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

**ANEXO C-4**  
**INDICE DE FIGURA.**



“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

### INDICE DE FIGURA

<b>Figura 1:</b>	Diferentes formas de succión del pulgar.....	11
------------------	--	----

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

## **ANEXO C-5**

### **INSTRUCTIVO**

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

### FICHA CLÍNICA

No \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Sexo: F ☐ Fecha: \_\_\_\_\_

M ☐

Teléfono: \_\_\_\_\_

### TIPOS DE HÁBITOS

	SI	NO
1. Succión Digital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Proyección Lingual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SIGNOS CLÁSICOS DEL HÁBITO ACTIVO

	SI	NO
- Mordida Abierta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Enrojecimiento, inflamación y resequedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Migración dentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Desarmonías oclusales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Colapso del maxilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gingivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Callosidades en regiones de succión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aumento de la sobremordida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lesión horizontal de los lechos ungueales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

---

---

---

---

Operador:

---

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

## **INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO** **DE LA FICHA CLÍNICA POR EL OPERADOR**

**Nombre y apellidos:** Se anotará el nombre del niño (a) que se examinará y sus dos apellidos.

**Edad:** Se pondrá la edad del niño (a) que se va a examinar, expresada en años cumplidos.

**Escuela:** Se anotará el nombre del preescolar al que pertenece el niño (a).

**Sexo:** Se utilizará “F” para Femenino y “M” para Masculino.

**Fecha:** Se anota la fecha exacta, incluyendo día, mes y año en que se está realizando el examen.

### **TIPOS DE HÁBITOS**

#### **Succión Digital:**

**Se anotará SI cuando se encuentren las características, signos y síntomas que lo demuestren tales como:**

- ❖ Mordida abierta.
- ❖ Migraciones dentarias
- ❖ Callosidades en regiones de succión
- ❖ Aumento de sobremordida horizontal
- ❖ Colapso del maxilar al final de la arcada
- ❖ Cuando la ficha de los padres lo confirmen

**Se anotará NO cuando:**

- ❖ No estén las características anteriores
- ❖ La ficha de los padres lo niegue

#### **Proyección lingual:**

**Se anotará SI, cuando pueda comprobarse la existencia de:**

- ❖ Prognatismo alveolar superior
- ❖ Prognatismo alveolar inferior
- ❖ Aumento de la sobremordida horizontal
- ❖ Sobre esfuerzo notorio del niño (a) al deglutir, utilizando algunos músculos faciales y peribucales
- ❖ Durante la deglución, la lengua ocupa posición anterior, entre los incisivos superiores e inferiores.
- ❖ Cuando la ficha para los padres de familia lo confirmen

**Se anotará NO, cuando:**

- ❖ No se encuentre ninguna de las características anteriormente mencionadas
- ❖ La ficha para los padres de familia lo niegue

Marianela Gutiérrez Castillo  
Universidad Americana – Facultad de Odontología

“Corrección de los hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en niños de 3 a 6 años de edad en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999- Enero del 2000”.

### **SIGNOS CLÁSICOS DEL HÁBITO ACTIVO**

**Se anotará SI como respuesta indicadora de existencia de cualquiera de las características, signos y síntomas enunciados aquí, y que sean observados en el examen del niño (a), tales como:**

- ❖ Mordida abierta: Se especificará el tipo y localización.
- ❖ Enrojecimiento, inflamación, resequedad: Se especificará el área.
- ❖ Migraciones dentarias: Se especificará que dientes y hacia donde es la migración.
- ❖ Desarmonías oclusales: Se especificará el tipo y la localización de estas.
- ❖ Colapso maxilar.
- ❖ Gingivitis en región anterior de la cavidad bucal.
- ❖ Callosidad en regiones de succión: Especificando en que regiones.
- ❖ Lesiones de los lechos ungueales: Se especificará en que dedos están presentes, así como el grado de estas (leve, moderadas o graves).
- ❖ Aumento de la sobremordida horizontal: se especificará aproximadamente de cuantos milímetros.

**Se anotará NO, cuando al examinar al niño (a) no estén presentes las características anteriormente mencionadas.**

### **Observaciones:**

Aquí se anotarán cualquier dato de relevancia que se encuentre al examinar al niño (a) y que no aparezca en la ficha clínica; por ejemplo: presencia de frenillos cortos, diastemas, dientes ausentes, anomalías del desarrollo, en el tamaño y la forma, lesiones y patologías de cualquier tipo, hábitos inadecuados de higiene, presencia de caries dental, enfermedad periodontal, malformaciones congénitas, maloclusiones.

### **Operador:**

Se anotará el nombre y apellidos del operador que realizó el examen.

## FICHA PARA LOS PADRES DE FAMILIA

Estimados Padres de Familia:

Soy estudiante del 5to. Año de la Facultad de odontología de la Universidad Americana, con un cordial saludo les informo que me encuentro realizando mi monografía para optar al título de “Cirujano Dentista”, cuyo tema es **“Corrección de hábitos de succión digital y proyección lingual con el uso de la rejilla palatina en los niños de 3 a 6 años de edad, en los preescolares del Reparto Altamira, Agosto de 1999 - Enero del 2000.”** El objetivo del estudio es identificar el hábito bucal y corregir este con el uso de la rejilla palatina como medio terapéutico para evitar alteraciones o maloclusiones graves que pueden afectar al niño en su desarrollo tanto físico como social.

En la realización de este trabajo monográfico, necesito del consentimiento de ustedes para hacerles los exámenes clínicos a sus hijos, determinando así el hábito oral presente y poder efectuar la terapéutica adecuada a su caso.

Además solicito su importante colaboración para contestar de manera cuidadosa el siguiente formulario.

Nombre del niño (a): \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del preescolar: \_\_\_\_\_

Alguna vez ha notado que su hijo (a)

	SI	NO
•Se chupa el dedo durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Se chupa el dedo durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Al tragar saca la lengua entre los dientes superiores e inferiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Presiona fuertemente su lengua o labios con los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•Utiliza chupetes o consoladores durante el día o la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es importante enseñarle a sus hijos los buenos hábitos de higiene bucal, nutrición balanceada y visitar al dentista con un promedio de dos veces al año. Me despido de ustedes agradeciendo su valiosa colaboración y quedando a su disposición para cualquier duda, sugerencias o comentarios.

Atentamente,

**Marianela Gutiérrez Castillo**

Marianela Gutiérrez Castillo  
Universidad Americana – Facultad de Odontología